

記入例

(表)
養育医療給付申請書

日付は記入しない

年 月 日

豊橋市保健所長 様

児の保護者名
(申請に来所される保護者名)

住所 豊橋市中野町字中原100

電話番号 39-9160

氏名 豊橋太郎



個人番号 1234 5678 9012

(受療者との続柄 父)

次のとおり養育医療の給付を受けたいので、母子保健法施行規則第9条第1項の規定により申請します。

| | | | | | | | | | |
|---------------------|------|--|---|---|-------------------|---|----|----|--|
| 受療者 | ふりがな | とよはし じろう | | | | | | | |
| | 氏名 | 豊橋 次郎 | | | | | | | |
| | 個人番号 | 1234 5678 9014 (個人番号の発行が間に合わない場合は未記入で構いません) | | | | | | | |
| | 住所 | 豊橋市中野町字中原100 | | | | | | | |
| | 生年月日 | R1 | 年 | 6 | 月 | 1 | 日生 | 性別 | 男・女 |
| 保険者番号 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 健康保険証の下記部分に印字されている ←番号を記入してください ※記号・番号と間違えないように! |
| 指定医療機関 | 所在地 | 意見書に記載されている医療機関の住所を記入 | | | | | | | |
| | 名称 | 意見書に記載されている医療機関名を記入 | | | | | | | |
| 処方せん交付を希望する場合の指定薬局名 | | | | | | | | | |
| 診療予定年月日 | | 年 月 日から 年 月 日まで | | | | | | | |
| (添付書類) | | 1 医療意見書(様式第4) | | | 2 所得階層区分を証明する関係書類 | | | | |

注意事項等

- (1) 裏面の世帯調書にも記入すること。
- (2) 申請の際、健康保険証を提示すること。

氏名の下にそれぞれの

個人番号を記入

(裏)

世帯調査書

| 世帯構成 (個人番号) | 世帯員 氏名 | 続柄 | 性別 | 生年月日 | 職業(勤務先) | 階層 区分 | 年間 所得税額 | 備考 |
|---|---------------------------|----|----|---------|----------------|----------|------------|----|
| | 豊橋 太郎 (1234 5678 9012) | 父 | 男 | S58.3.5 | 会社員 (〇〇〇会社) | | | |
| | 豊橋 花子 (1234 5678 9013) | 母 | 女 | S60.7.2 | 無職 | | | |
| 児童の 属する 世帯 構成 | 豊橋 次郎 (1234 5678 9014) | 本人 | 男 | R1.6.1 | | | | |
| | () | | | | | | | |
| | () | | | | | | | |
| | () | | | | | | | |
| | () | | | | | | | |
| | () | | | | | | | |
| 世帯外 扶養 義務者 | () | | | | | | | |
| 住所 | | | | | | | | |
| () | | | | | | | | |
| 住所 | | | | | | | | |
| 上記内容に相違ありません。 また、この申請に当たり、世帯員の課税状況を閲覧することに同意します。 | | | | | | | | |
| 日付は記入しない | | | | | | | | |
| 年 月 日 | | | | | | | | |
| 申請者 氏名 豊橋 太郎 ㊟ | | | | | | | | |
| 豊橋市保健所長 様 | | | | | | | | |

記入上の注意

- 1 本人(給付を受ける児童)と生計を一にする世帯全員を記入してください。
- 2 続柄の欄には、本人(給付を受ける児童)との関係を記入してください。
- 3 世帯外扶養義務者の欄には、住所を異にする扶養義務者を記入してください。